



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## ACCOMPAGNEMENT VAE AIDE-SOIGNANT

NOM :

Prénom :

Fonction : .....

Etablissement : .....

Adresse complète : .....

Code Postal :

Ville :

Téléphone Travail :

Personnel :

### PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE FORMATION

- Etablissement : .....
- Autre : .....
- Personnelle ( Merci de renseigner l'adresse )

Adresse : .....

Le bulletin d'inscription est à retourner ou à déposer à l'I.F.S.I. avec le chèque libellé au nom du Trésor Public (pour la prise en charge personnelle).

Une convention de formation vous sera envoyée dès réception de cette fiche.

Diplômé(e) en tant que : .....

stagiaire

L'employeur

Le :

Le :

Signature :

Signature et cachet